

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 178

FACULTÉ DE MÉDECINE

LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE

DES OS LONGS

Diagnostic et Traitement

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Juin 1920

PAR

DOMBRE Marcel

né à Sauzet (Gard), le 10 septembre 1891

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

VEDEL, professeur, *président*.
MASSABUAU, professeur
LEENHARDT, agrégé
ETIENNE, agrégé

Assesseurs



MONTPELLIER
IMPRIMERIE LAVIER et CASTEL
1, Quai de Sauvages, 1

1920



UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 178

FACULTÉ DE MÉDECINE

LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE TARDIVE

DES OS LONGS

Diagnostic et Traitement

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Juin 1920

PAR

DOMBRE Marcel

né à Sauzet (Gard), le 10 septembre 1891

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

VEDEL, professeur, *président*.
MASSABUAU, professeur
LEENHARDT, agrégé
ETIENNE, agrégé

Assesseurs



MONTPELLIER
IMPRIMERIE LAVIER et CASTEL

1, Quai de Sauvages, 1

1920



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

ADMINISTRATION

MM. MAIRET (✱).....	DOYEN
FORGUE (O ✱).....	ASSESSEUR
IZARD.....	SECRÉTAIRE

PROFESSEURS

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O. ✱.)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT (✱).
Botanique et Histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. ✱).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. ✱).
Physiologie.....	HEDON (✱).
Histologie.....	VIALLETON
Clinique médicale.....	DUCAMP. (✱)
Anatomie.....	GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique.....	ESTOR.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMET (✱)
Pathologie et Thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS O.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRET. (✱)
Anatomie pathologique.....	MASSABUAU (✱)
Chimie biologique et médicale.....	DERRIEN (✱)
Microbiologie.....	N...
Pathologie interne.....	N...
Clinique médicale.....	N.
Médecine légale et toxicologie.....	N.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honor. : MM. E. BERTIN-SANS (✱).

Secrétaire honoraire : M. GOT

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES.

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, prof. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	VEDEL prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU (✱). ag. l. (ch. dec.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, (✱) a. l. (c. de c.)
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé. (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	EUZIERE, agrégé, (ch. de c.)
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé, (ch. de c.)
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé, (c. de c.)
Microbiologie.....	LISBONNE, agr. (ch. de c.)
Stomatologie.....	WATON, ✱ (✱) l. (ch. de c.)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. GALAVIELLE	MM. CABANNES	MM. ETIENNE
GRYNFELT. (✱).	P. DELMAS.	LISBONNE.
LEENHARDT	EUZIERE.	PECH ✱ (ch. d'agr.)
GAUSSEL. (✱). ✱	J. DELMAS. ✱	VALLOIS ✱ (ch. d'a.)
RICHE.	RIMBAUD. ✱	

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. VEDEL *Professeur, Président*; MASSABUAU *Professeur*;
LEENHARDT *prof. agrégé*; ETIENNE *prof. agrégé*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MON COUSIN
LE DOCTEUR ALBERT DELON

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VEDEL

A MON JURY DE THÈSE

INTRODUCTION

Nous avons observé, dans le service de M. le Professeur Vedel, une malade, actuellement âgée de 34 ans, ayant présenté dès l'âge de 10 ans diverses manifestations d'origine syphilitique localisées sur le système osseux, en particulier sur les deux tibias et le péroné droit. Ces manifestations, ayant évolué sur un sujet indemne de toute syphilis acquise et ne présentant aucun stigmate d'hérédo-syphilis, furent rapportées à des lésions d'ostéomyélite atténuée et traitées comme telles, c'est-à-dire chirurgicalement.

Les lésions existantes incomplètement cicatrisées, de nouvelles localisations apparaissant, l'origine syphilitique de ces troubles osseux fut admise ; des injections mercurielles furent prescrites. La malade suivit ce traitement très irrégulièrement. Aucun résultat appréciable ne fut obtenu.

En Février 1920, 24 ans après le début du premier accident, la réaction de Wassermann fut pratiquée. Son résultat fut positif. Une série d'injections de néosalvarsan, immédiatement commencée, amena en quelques semaines la disparition de tous les accidents aigus.

Cette observation, que nous plaçons en tête de notre travail, met en relief les deux côtés du problème que nous voulons étudier, à savoir : les difficultés du diagnostic étiologique dans certains cas de syphilis osseuse héréditaire longtemps méconnue ; la nécessité d'appli-

quer le traitement spécifique avec méthode et persévérance pour obtenir un résultat satisfaisant.

En présence d'un sujet atteint de lésions osseuses sans caractère spécifique au premier abord, quels sont les moyens dont dispose le praticien pour dépister la syphilis osseuse héréditaire tardive ? Quel traitement doit-il mettre en œuvre contre de tels accidents reconnus d'origine syphilitique ?

Telles sont les deux questions auxquelles nous limitons notre étude, éliminant par conséquent la syphilis articulaire héréditaire, plus soucieux d'ailleurs de grouper les données publiées à ce propos que d'apporter des documents nouveaux.

OBSERVATION

(Recueillie dans le service de M. le Professeur Vedel (M. Siméon, interne); complétée grâce aux renseignements obligeamment mis à notre disposition par M. le Professeur Estor).

L.... 34 ans, célibataire, sans profession.

Antécédents ; personnels : affection aiguë des voies respiratoires à l'âge de 5 ans ;

Héréditaires ; père rhumatisant, décédé à 47 ans d'une affection des voies respiratoires ; mère en bonne santé. La malade a un frère et une sœur plus âgés qu'elle et tous deux en bonne santé. Deux frères plus jeunes sont morts : l'un à 17 jours de convulsions, l'autre est venu à terme mort-né (et probablement macéré).

A l'âge de 10 ans, la malade reçoit sur la jambe droite un coup de pied qui provoque une douleur continue, accentuée par la fatigue mais n'empêchant pas le sommeil. Le repos est prescrit. La fillette garde le lit pendant deux mois. Des frictions, avec une pommade à base de mercure et de baume tranquille, sont pratiquées.

La marche est reprise depuis quelques jours lorsqu'apparaît, au niveau de la partie moyenne du tibia droit, une tuméfaction : La jambe est augmentée de volume dans ses 2/3 inférieurs. Sur la face interne du tibia, au 1/3 inférieur, on sent une hyperostose ; la peau est rouge à ce niveau, douloureuse à la pression.

L'état général reste bon, l'apyrexie est complète.

Le diagnostic d'ostéomyélite chronique est porté, l'intervention chirurgicale a lieu le 31 janvier 1898.

« Après incision sur la face interne du tibia, d'une épiphyse à l'autre, on enlève les 2/3 antérieurs de la diaphyse. Le périoste épaissi est détaché facilement. La couche de tissu compact est dure et épaissie. La portion médullaire paraît ossifiée en certains points et ramollie en d'autres, particulièrement aux deux extrémités diaphysaires Pas de pus, pas de sequestres, mais substance puriforme, gélatineuse, adhérente à l'os. La sérosité sanguinolente ensemencée sur agar donne des colonies de staphylocoques blancs ». (Professeur Estor)

La cicatrisation se fait lentement. En fin juin seulement, l'enfant est considérée comme guérie.

Au mois d'août de la même année, se produit une fracture spontanée au niveau du 1/3 moyen du tibia droit. Immobilisation dans un appareil plâtré. Consolidation parfaite.

Deux ans après, en mai 1900, apparaît sur la face interne du tibia gauche, à l'union du 1/3 inférieur avec le 1/3 moyen, une tuméfaction de la grosseur d'une noix, fluctuante au centre, de consistance osseuse à la périphérie, considérée comme un point d'ostéomyélite. L'ouverture et le curettage de ce foyer sont pratiqués. L'intervention porte également sur le tibia droit, où deux foyers d'ostéomyélite, aux deux extrémités diaphysaires, se sont spontanément ouverts. La cicatrisation se fait très lentement. Elle est incomplète, il persiste deux points suppurants aux deux extrémités diaphysaires du tibia droit, un point à l'extrémité supérieure de la diaphyse tibiale du côté gauche.

En avril 1901, un abcès se collecte au niveau de la malléole externe droite. Il est incisé et le foyer osseux sous-jacent (1/3 inférieur du péroné) est cureté ; la

cicatrisation n'est complète à ce niveau que six mois plus tard.

En 1903, apparition d'une tuméfaction douloureuse au niveau du poignet gauche.

En 1912, un abcès se forme dans la région frontale gauche. Il s'ouvre spontanément et suppure pendant six mois.

En août 1914, une douleur violente, empêchant le sommeil, se déclare au niveau du pariétal gauche. Un abcès se forme, il est incisé. La cicatrisation survient trois mois après. A ce moment s'établit une céphalée tenace, particulièrement intense la nuit, elle n'a pas rétrocedé jusqu'à l'établissement de la médication arsenicale.

En 1915, la malade ressent au bras gauche des douleurs profondes et continues, bientôt apparait une tuméfaction à la partie moyenne de l'humérus. Des phénomènes identiques se produisent peu après au niveau du membre supérieur droit. On institue alors un traitement ioduré à doses faibles (1 gr. de K I pro die) et on pratique des injections de cacodylate de soude. Ce traitement ne fut pas régulièrement suivi.

Depuis ce moment, et à des époques fort irrégulières (tous les deux mois, tous les trois mois) des douleurs se déclarent au niveau des bras; elles disparaissent rapidement sous l'influence de l'iodure. En mars 1919, les souffrances furent particulièrement vives. La malade reçut à ce moment des injections intrafessières de vaccin antistaphylococcique.

Au mois de juillet 1919, une tuméfaction douloureuse apparait au niveau du frontal gauche. En septembre; le même phénomène se produit aux deux branches de la fourchette sternale. Le diagnostic de spécificité est porté à ce moment, et l'on fait au mois d'octobre une série de 10 piqûres mercurielles. Ce traitement est suivi d'une amélioration sensible.

Une deuxième série est commencée en février 1910, mais une piqure septique provoque un abcès de la fesse droite et nécessite l'admission de la malade dans un service de chirurgie.

Une séro-réaction de Bordet-Wassermann est pratiquée : elle donne un résultat nettement positif. La malade est envoyée à M. le Professeur Vedel ; elle entre dans le service le 5 mars.

Examen de la malade. Aux jambes : on voit les cicatrices des opérations antérieures. Deux points suppurants fistuleux sont symétriquement placés à la partie supérieure des jambes (face antéro-interne des tibias). Ces points ne donnent issue qu'à une quantité minime de pus séreux.

Le bras gauche est douloureux à la palpation profonde, on sent une tuméfaction dure, fusiforme, qui occupe la portion moyenne de l'humérus et s'étend vers l'extrémité inférieure de cet os. Les mouvements de l'articulation du coude s'exécutent normalement.

A la face dorsale du poignet droit, une exostose superficielle paraît se rattacher à l'extrémité inférieure du radius.

A l'extrémité supérieure de la branche gauche de la fourchette sternale, on perçoit une tuméfaction osseuse de petit volume.

Au crâne, nous notons du côté gauche, cicatrice blanche, adhérente, dans la région frontale ; du côté droit, tuméfaction globuleuse dure au niveau de l'angle postéro-supérieur du pariétal.

La recherche des stigmates hérédosyphilitiques est négative. Pas de troubles pupillaires. Réflexes normaux. Rien à signaler pour les divers appareils.

L'examen radiographique pratiqué en avril 1920 permet de constater des lésions avancées d'ostéite au niveau de divers points du squelette, extrémité inférieure de

l'humérus gauche, extrémités supérieure et inférieure du péroné et du tibia à droite, extrémité inférieure du tibia à gauche ; là, des zones claires d'ostéite rarefiante alternent avec des zones sombres d'ostéite condensante.

Un deuxième examen pratiqué le 4 juin 1920 ne montre aucune modification des lésions osseuses.

Traitement. Le traitement arsenical prescrit par M. le Professeur Vedel est commencé le 9 mars (0, 15 centigr. de Néosalvarsan). Pour des raisons personnelles, la malade quitte l'hôpital. Elle rentre le 30 mars et attire notre attention sur une tuméfaction douloureuse récemment apparue au niveau de la 8^{me} côte, au dessous de la pointe du scapulum, 0.30 de néo sont injectés ce jour là.

L'amélioration est déjà nettement sensible après la 3^e piqûre le 6 avril. La tuméfaction costale s'est effacée. La céphalée et les douleurs osseuses ont disparu. On note encore, de temps en temps, une goutte de pus à l'extrémité supérieure des cicatrices pré-tibiales.

Le traitement est continué régulièrement à doses croissantes, à raison d'une injection par semaine. Du 9 mars au 21 mai, la malade a ainsi reçu : $0.15 + 0.30 + 0.45 + 0.60 + 0.75 + 0.90 + 0.90 + 0.60 + 0.60 + 0.45 = 5 \text{ gr. } 90$ de néo-salvarsan.

Actuellement la malade peut être considérée comme guérie.

DIAGNOSTIC

Tuméfactions osseuses, débutant au niveau du bulbe de l'os et s'étendant vers la diaphyse, atteignant généralement plusieurs os et affectant une disposition symétrique, évaluant par poussées successives, sans fièvre et sans adénopathie, accompagnées de douleurs ostéocopes à exacerbations nocturnes et de douleurs à la pression, ne présentant aucune tendance à la nécrose et à la suppuration : tel est l'ensemble symptomatique révélateur de la syphilis osseuse héréditaire tardive.

Malheureusement, en clinique pareil tableau est rarement au complet. Après avoir éliminé toutes les affections susceptibles de produire le ou les symptômes pour lesquels il est consulté, force est donc au médecin de rechercher des renseignements complémentaires avant d'affirmer l'origine spécifique des accidents qu'il étudie. Ces renseignements lui sont fournis par :

- 1° l'interrogatoire (antécédents personnels et héréditaires ;
- 2° l'examen des téguments et des divers appareils (stigmates) ;
- 3° l'examen radiographique des os ;
- 4° les recherches de laboratoire (réaction de Wassermann) ;
- 5° les résultats du traitement d'épreuve.

Après une étude rapide du diagnostic différentiel, nous aborderons successivement ces cinq points.

Les affections qui simulent le plus souvent la syphilis osseuse sont :

a) *l'ostéomyélite chronique d'emblée* : en général les localisations sont moins nombreuses, la tuméfaction gagne autant l'épiphyse que la diaphyse, les douleurs sont aussi bien diurnes que nocturnes. En outre, la marche de la maladie finit par s'accélérer, la fièvre apparaît, l'état général s'altère, le foyer osseux suppure ;

b) *les ostéites post-fébriles* consécutives à la variole, la varicelle, la rougeole, la scarlatine, la grippe, la fièvre typhoïde : l'interrogation révèle la maladie aiguë antérieure, encore que les affections aiguës puissent faire naître des accidents spécifiques chez les sujets atteints de syphilis héréditaire latente.

La séro-agglutination de Widal, donne de précieux renseignements dans le cas d'ostéite post-typhique.

c) *l'ostéite tuberculeuse* : elle se produit généralement chez des enfants scrofuleux, présentant déjà des adénites bacillaires ou d'autres manifestations tuberculeuses. Son point de départ est épiphysaire. L'évolution se fait plus rapidement vers la suppuration, avec envahissement des parties molles ou des articulations voisines.

d) *l'ostéo sarcome* : il est localisé sur un seul os ; l'examen des téguments permet de constater une élévation de la température locale, la présence de grosses veines dilatées. La palpation permet de déterminer le signe de la crépitation parcheminée en cas de coque osseuse résistante, ou au contraire donne la sensation d'une tumeur rénitente, fibreuse, avec parfois des points ramollis. L'évolution est rapide, se traduisant par des troubles de l'état général et aboutit rapidement à la cachexie cancéreuse.

e) *la sporotrichose* : le diagnostic sera facilité par la coexistence de lésions épidermiques et de gommes sous-cutanées.

Le diagnostic bactériologique est indispensable : l'ensemencement sur la gélose glycosée peptonée de Sabouraud, après ponction si la lésion est fermée, donne du 4^{me} au 12^{me} jour, à la température de la chambre, des colonies caractéristiques par leur teinte brun chocolat, leur relief en chaînes de montagnes, leurs auréoles. L'artifice de la coulée de pus de Gougerot permet un diagnostic précis dès le 3^{me} jour. On peut aussi utiliser la sporogglutination de Widal et Abrami, la cuti et l'intradermoréaction.

Exceptionnellement, le diagnostic devra être fait avec l'ostéite névralgique, le kyste hydatique des os.

En réalité, dans les différents cas que nous venons d'indiquer, le diagnostic différentiel est souvent très difficile à établir, en particulier avec l'ostéo-myélite chronique d'emblée. Ce diagnostic est d'importance majeure : précis, il évite une intervention néfaste, les accidents aigus disparaissent sous la seule action du traitement spécifique ; erroné, il arme le chirurgien, et des suppurations interminables, par infection secondaire, seront la conséquence de l'acte chirurgical.

Dans les cas douteux, le médecin ne s'en tiendra donc pas à l'examen clinique du malade. Il poussera plus loin ses investigations : après l'étude des antécédents, après la recherche des stigmates, l'examen radiographique des os sera pratiqué, les recherches de laboratoire et le traitement d'épreuve seront mis en œuvre.

1°) *L'interrogatoire du malade.* — Dans la syphilis héréditaire tardive, les premières manifestations de l'infection peuvent n'apparaître qu'à l'âge de 5, 10, 15 ans et davantage. Mais les manifestations osseuses qui nous intéressent peuvent survenir tardivement chez un sujet ayant déjà présenté une des manifestations suivantes : éruptions cutanées et muqueuses (pemphigus palmo-plantaire, exceptionnellement roséole ; syphilides papu-

leuses) ; coryza du nouveau-né ; convulsions ; ultérieurement : phlegmasies oculaires importantes, ayant affecté les deux yeux successivement, ayant duré longtemps, ayant souvent entraîné la cécité complète en quelques mois, n'ayant guéri que d'une façon lente ; surdité se produisant sans cortège d'accidents locaux et généraux, brusque d'invasion, se confirmant avec une rapidité extraordinaire, atteignant rapidement une intensité considérable, sans lésions appréciables (A. Fournier).

De même, l'étude des antécédents héréditaires nous révélera chez les ascendants (chez les grands-parents s'il s'agit de syphilis héréditaire de seconde génération) : soit une syphilis avouée, soit l'existence de maladies actuellement rapportées à la syphilis (tabès, P. G.), ou d'accidents dus à des lésions tertiaires (pseudo-ulcère variqueux à bords indurés, polycycliques, taillés à pic, résultant réellement de l'ulcération d'une gomme méconnue).

Précieuse sera également la révélation de : avortements répétés, accouchements avant terme d'enfant vivant ou de fœtus macéré ; gémelliparité.

Enfin, le médecin ne négligera pas d'étendre son enquête aux frères et aux sœurs du malade, les examinant si possible, recherchant chez eux soit des accidents aigus syphilitiques, soit des stigmates. Ces renseignements fournis par les collatéraux sont très importants. A eux seuls, ils ont parfois permis de dépister la syphilis.

Est-ce à dire que les renseignements fournis par l'interrogatoire suffiront à établir le diagnostic de syphilis ? Certaines manifestations (pemphigus palmo-plantaire, coryza) dépendent constamment de la syphilis, mais d'autres, comme les avortements répétés, la polyéthatalité infantile peuvent être réalisées par d'autres fac-

teurs, surtout par l'alcoolisme et la tuberculose. La syphilis n'en reste pas moins la cause occasionnelle la plus fréquente de ces accidents. Leur constatation, jointe aux autres signes que nous allons étudier, reste donc un facteur de présomption considérable en faveur de l'hérédité syphilitique.

2° *Les stigmates de la syphilis héréditaires.* — Ils sont classiques depuis les beaux travaux du Professeur Alfred Fournier, complétés par ceux d'Edmond Fournier. On peut, avec Edmond Fournier, les diviser en :

a) *Stigmates de l'habitus extérieur.* — D'aspect sénile, le teint terreux (bien différent du scrofuleux floride à lèvres supérieure épaisse) l'enfant hérédosyphilitique grandit lentement, marche et parle tard, présente un retard de l'évolution dentaire ainsi qu'un arrêt de développement des organes génitaux : tous caractères d'infantilisme.

Autre tare fréquente, le rachitisme traduit l'influence néfaste exercée par le tréponème sur l'organisme.

b) *Stigmates tirés de l'examen du tégument.* L'examen du tégument permet de noter de vieilles cicatrices, presque effacées, remarquables par leur étendue, leur forme arrondie, leur contour polycyclique ou leur groupement en coup de plomb, siégeant aux commissures des lèvres, au nez, à la région lombo-fessière ; pouvant également occuper le voile du palais et la gorge.

c) *Stigmates tirés de l'examen du squelette.* — Des plus caractéristiques, les difformités crâniennes se traduisent par : des déformations du front (front olympien, front à bosselures latérales, front en carène) ; l'élargissement transversal du crâne, existant parfois avec l'existence d'une rigole médiane (crâne natiforme) ; l'asymétrie crânienne, la circulation crânienne supplémentaire, et l'hydrocéphalie.

Du côté du nez, l'effondrement du squelette nasal donne naissance aux formes typiques du nez camard et du nez en lorgnette.

Enfin, les os du tronc et des membres peuvent également présenter des malformations, atteignant particulièrement les os longs. Ce sont des tuméfactions, localisées à l'extrémité supérieure du tibia, aux têtes du radius et du cubitus, aux malléoles, aux extrémités antérieures des côtes : malformations épiphysaires coexistant avec des lésions articulaires (arthropathies déformantes ; hydarthroses chroniques, indolores, frappant surtout les grosses articulations, en particulier le ou les genoux. Cette hydarthrose, plus fréquente que la surdité, serait tellement caractéristique que certains la considéreraient comme un « quatrième symptôme de la triade d'Hutchinson », (A. Cantounet. Paris-Médical. Septembre 1919). Ou bien, ce sont des tuméfactions atteignant avec une fréquence au moins aussi grande la diaphyse des os, frappant avec une prédilection particulière le tibia, cet os chéri de la syphilis, lui donnant la forme, classique depuis les travaux de Lannelongue, de tibia en fourreau de sabre.

Indépendamment de ces lésions partielles, le squelette peut présenter des lésions d'ensemble : incurvation des os des membres ; déformation du thorax, saillant en carène ; déviations rachidiennes pouvant aller jusqu'à la gibbosité.

Nous avons déjà signalé la fréquence des manifestations rachitiques chez les hérédo-syphilitiques. Plus rarement enfin on a noté certaines malformations, voire même de véritables monstruosités : bec de-lièvre, spina bifida, gigantisme ou nanisme (partiels ou généralisés poly-dactylie, syndactylie, ectromélie, hémimélie, dystrophies pelviennes, luxation congénitale de la hanche, pied bot, etc,

d) *Stigmates tirés de l'examen du testicule.* — Parfois dès le plus jeune âge, le testicule peut présenter la lésion typique du sarcocèle syphilitique, consistant en une tuméfaction ovoïde de la glande avec induration ligueuse, survenant sans histoire pathologique antérieure et aboutissant à l'atrophie plus ou moins complète.

e) *Stigmates tirés de la triade d'Hutchinson.* — Les phlegmasies oculaires que nous avons signalées au chapitre des antécédents (kératite interstitielle diffuse, et plus rarement iritis) aboutissent à des modifications de la transparence de la cornée, de la forme et de la mobilité de la pupille, faciles à constater en examinant ces membranes à la loupe, avec le secours de l'éclairage oblique (A. Fournier).

Autre signe important du côté de l'appareil visuel, le strabisme est d'observation courante chez les hérédosyphilitiques.

Du côté de l'appareil auditif, nous avons déjà signalé la surdité, remarquable par son évolution à froid. Notons également l'existence de malformation du pavillon de l'oreille (oreille en plat à barbe), o. de faune, o. difforme).

Les malformations dentaires consistent en : érosions affectant le corps de la dent (érosions en cupules, en facettes, en sillon, en nappe) ou l'extrémité libre (atrophie cuspidienne, dent en scie, échancrure semi-lunaire). On désigne particulièrement sous le nom de dents d'Hutchinson les incisives médianes supérieures lorsqu'elles sont retrécies à leur collet, arrondies à leurs angles, échancrées en lunules sur leur bord libre qui peut être biseauté.

Remarquables également sont le microdontisme, l'amorphisme dentaire, la vulnérabilité du système dentaire, les irrégularités d'implantation ; l'absence de

certaines dents, la persistance des dents de lait ; pouvant coexister avec le retrécissement transverse du maxillaire supérieur, l'ogivalité de la voute palatine.

Nous citons sans trop insister toutes ces malformations car elles sont aujourd'hui classiques. Ajoutons toutefois que certains stomatologistes refusent aux malformations dentaires, y compris la dent d'Hutchinson, la valeur de stigmates hérédo-syphilitiques. Pour eux, toutes les maladies de l'enfance peuvent provoquer une érosion dentaire (Roy, cité par Milian et Burnier in Paris-Médical mars 1919)

Signalons enfin les *troubles du développement intellectuel*, troubles d'évolution présentant des degrés différents, depuis l'arriération jusqu'à l'idiotie.

Telle est la longue liste des stigmates, qui tend à s'augmenter de jour en jour (rapports présumés de la syphilis héréditaire avec le vitiligo, la maladie de Reynaud, les malformations cardiaques, les encéphalopathies infantiles, etc.)

Il est bien entendu qu'un tel ensemble de stigmates n'est jamais au complet chez le même individu. Parfois aucun signe ne permettra de soupçonner la syphilis héréditaire : seules, la disposition et l'évolution des accidents aigus pourront mettre le praticien sur la voie du diagnostic.

Plus souvent, un seul stigmate fixera l'attention (dent Hutchinson, taie de la cornée), et, s'il ne suffit pas à affirmer le diagnostic, au moins incitera-t-il le praticien à pousser plus loin ses recherches par l'emploi du séro-diagnostic et du traitement d'épreuve.

Les stigmates que nous avons énumérés ont-ils d'ailleurs tous la même valeur ? Assurément non.

Certains (nanisme, rachitisme, hydrocéphalie) traduisent simplement la déchéance de l'organisme et peu-

vent être réalisés par d'autres facteurs d'intoxication (alcoolisme, tuberculose, saturnisme). Mais il est des malformations rencontrées avec une constance particulière dans la syphilis héréditaire. Celles-ci seraient vraiment l'apanage d'un type hérédo-syphilitique, remarquable par : les dystrophies dentaires, les dystrophies crânio-faciales et l'infantilisme.

Cet ensemble dystrophique « est presque caractéristique, je n'oserai dire encore (mais je suis bien tenté de le dire) pathognomonique de l'hérédo-syphilis » (A. Fournier).

« De toutes les hérédités morbides, c'est l'hérédité syphilitique qui, avec une prédominance numérique considérable, le réalise le plus souvent » (Ed. Fournier).

3° *L'examen radiographique des os.*— L'ostéite raréfiante et l'ostéite condensante constituent les deux processus traduisant l'action de l'hérédo-syphilis sur le système osseux. L'ostéite raréfiante est dénoncée à la radiographie par la présence de taches claires, de forme variable, à contour régulier ou déchiqueté ; l'ostéite condensante apparaît sous forme de bandes foncées de chaque côté du canal médullaire, bandes plus épaisses et plus foncées que celles données par le tissu compact normal, diminuant le diamètre du canal médullaire et pouvant même en masquer complètement la lumière.

Taches claires et bandes d'hyperotose peuvent coexister sur le même os, envahir aussi bien la diaphyse que l'épiphyse ; la lésion est souvent dia-épiphysore, à point de départ bulbaire ; le cartilage de conjugaison n'est pas un obstacle à la diffusion des lésions.

Ce double aspect des os syphilitiques est admis par tous les auteurs. De sa constatation, l'on pourrait songer à déduire le diagnostic de syphilis osseuse.

« Mais la syphilis héréditaire tardive paraît susceptible de déterminer des lésions atypiques, de revêtir des for-

mes anormales rendant son identification difficile. Tantôt il s'agit de zones étendues de raréfaction osseuse laissant persister par place des îlots de condensation osseuse (Badin), tantôt l'os prend un aspect soufflé, sans hyperostose et présente des cavités irrégulières séparées par de minces cloisons, tantôt il présente un foyer unique de raréfaction analogue à celui de l'abcès (Albert Mouchet et P. Meaux Saint-Marc) »

Nous ne devons donc pas demander à la radiographie plus qu'elle ne peut donner. Élément complémentaire d'information, elle permet de constater des localisations que l'exploration clinique n'aura pas révélées, en particulier pour les os longs entourés de parties molles tuméfiées ou de masses musculaires importantes, difficiles par suite à palper, comme le fémur, le péroné à sa partie moyenne.

La radiographie nous permettra également de suivre l'évolution des lésions précédemment localisées grâce à elle ; elle nous aidera enfin à contrôler l'efficacité du traitement.

Le praticien tirera donc un grand profit de son emploi à condition de ne pas oublier que là aussi bien que dans l'interprétation des résultats fournis par le laboratoire la clinique doit toujours avoir le dernier mot.

Les recherches du laboratoire. — La question de la séro-réaction de la syphilis a fait l'objet de nombreuses controverses. D'une part certains syphiligraphes se sont attachés à démontrer que la séro-réaction de Wassermann n'était pas spécifique de la syphilis. D'autre part, à côté de la méthode de Bordet-Wassermann, d'autres méthodes sont apparues, que leurs auteurs considèrent comme plus simples et plus sensibles.

Nous n'aborderons pas ici un examen critique de ces différentes méthodes. Dans l'étude de la séro-réaction

nous nous en tiendrons à la réaction de Bordet-Wassermann, que nous voyons employer journellement, convenant d'ailleurs que certaines méthodes, dont celle de Hecht-Veinberg au sérum non chauffé, sont plus sensibles que le Wassermann original et faites parallèlement apportent souvent d'utiles précisions.

Au sujet de la réaction de Wasserman, il semble qu'en dehors des cas de lèpre, de paludisme, de trypanosomiasés, où la réaction peut se montrer positive, sa valeur diagnostique est considérable. Si une réaction négative ne permet pas de nier la syphilis, par contre une réaction positive chez un sujet suspect de syphilis nous paraît un signe presque certain d'infection par le tréponème.

Nous connaissons d'autre part, en ce qui concerne les manipulations du laboratoire, les difficultés techniques, la fréquence des causes d'erreur. Des qualités du bactériologiste dépend la valeur de la réaction, et l'on a pu dire avec juste raison qu'une réaction de W. ne vaut que par la signature qui l'accompagne.

Ces réserves étant faites, que donne la séro-réaction de W. chez les hérédosyphilitiques ?

F. Béring, pratiquant le W. sur 33 enfants ayant présenté des symptômes de syphilis héréditaire tardive, obtint 27 W+, soit 81 p. 100 (Annales de Dermatologie et S. 1912, page 263)

Dans 36 cas de syphilis héréditaire, dont les principaux éléments du diagnostic sont formés par l'enquête familiale Leredde trouve la séro-réaction + dans 21 cas, soit 58 p. 100 (journal des praticiens 23 nov. 1918)

Bertin et Gayet, sur 25 enfants présentant des signes biens nets d'hérédosyphilis, trouvent un W+ dans près de 98 p. 100 des cas. Dans une autre série d'observations, ils trouvent le W+ sur 48 malades ne pré-

sentant que quelques signes permettant de soupçonner l'hérédo-syphilis (infantilisme, surdimutité, idiotie) (in thèse de Renaud, Paris 1912).

A la lecture de ces chiffres, on est frappé de la différence existant dans le pourcentage des cas positifs. Cette différence tient sans doute en partie au petit nombre des malades examinés ; une telle étude mériterait d'être poursuivie sur une plus grande échelle.

A ces renseignements fournis par le W. il faut ajouter ceux donnés par la réactivation biologique de la séro-réaction (Milian). On sait en effet que le W. négatif chez un syphilitique peut devenir positif de 5 à 30 jours après absorption d'un agent anti-syphilitique.

Ainsi, Renaud pratiquant 16 essais de réactivation chez des malades présentant divers troubles dystrophiques obtint 12 résultats + pour 4 négatifs.

Ces chiffres montrent l'importance incontestable de la R. W. et de la réactivation dans le diagnostic de l'hérédo-syphilis. Si nous ajoutons que la séro-réaction peut fournir d'utiles indications au cours du traitement (l'obtention et la persistance d'un W. — étant de bons signes de la stérilisation de l'organisme), on voit le bénéfice appréciable que le médecin retirera de l'emploi de ces moyens de laboratoire.

5°) *Le traitement d'épreuve.* — Il constitue la dernière ressource du praticien. Procédé de diagnostic de grande valeur, il nous apportera des renseignements précis là où tous les autres modes d'investigation auront échoué.

Des trois agents antisiphilitiques : iodure, mercure ou arsenic, lequel employer ?

L'iodure, on le sait, donne de merveilleux résultats dans le traitement des mycoses. Nous devons donc l'écarter, puisqu'il ne nous permettrait pas de différencier la syphilis de la sporotrichose.

Restent en présence le mercure et l'arsenic. Ce dernier jouit d'un pouvoir neutralisant considérable vis-à-vis des spirilles en général. Mais pour les lésions osseuses qui nous intéressent, le seul spirille qui peut intervenir est le tréponème. Dans ce diagnostic différentiel, l'arsenic conserve toute sa valeur.

Le médecin pourra donc employer soit les composés mercuriels, soit les composés arsenicaux. Dans l'un et l'autre cas, un point doit être mis en relief : la nécessité d'appliquer un traitement méthodique, à doses suffisantes, pendant un temps assez long. Seulement lorsque ces conditions auront été remplies, si aucune amélioration ne s'est produite, le médecin pourra rejeter le diagnostic de syphilis.

Bien des fautes de diagnostic ont été commises, en effet, parce que le traitement d'épreuve a été mal appliqué, à doses trop faibles ou pendant un temps insuffisant.

Si le traitement mercuriel est choisi, il nous paraît nécessaire de le continuer jusqu'à ce que le malade ait reçu de 25 à 30 injections de benzoate de mercure à 0 gr. 02 centigrammes chaque, soit au total 50 ou 60 centigrammes (ou des doses équivalentes d'autres sels mercuriels).

Pour nous, nous avons vu employer particulièrement les sels arsenicaux, sous forme de néosalvarsan. C'est ce médicament que nous préconisons, en prenant toutes les précautions d'usage pour éviter les accidents (examen complet du malade, doses proportionnées à son âge, faibles au début et augmentant progressivement, injections hebdomadaires), traitement que nous nous croyons autorisé à cesser lorsque le malade a reçu un minimum de 4 grammes de néosalvarsan (par exemple : 0.15, 0.30, 0.45, 0.60, 0.75, 0.90, 0.90), et qu'aucune amélioration de son état ne s'est produite.

TRAITEMENT

Dans le traitement de la syphilis héréditaire des os, le médecin pourra employer suivant ses convenances l'arsenic ou le mercure auquel il peut adjoindre l'iodure de potassium.

Les résultats ne dépendront pas tellement du composé employé, mais de la façon dont le médicament est manié. Il importe de considérer les hérédo-syphilitiques comme des syphilitiques en imminence d'accidents de tous ordres. Il faut donc, non seulement guérir la lésion pour laquelle ils sont soignés, mais encore les traiter en vue de l'avenir, pour éviter toute récurrence, par un traitement prolongé. La stérilisation complète, tel doit être l'idéal du praticien.

Sur les moyens de réaliser cette stérilisation, sur la valeur de contrôle de la séro-réaction pendant et après le traitement, les avis des auteurs sont très partagés. A l'heure actuelle, une règle unique ne saurait être formulée.

Nous sommes, pour notre part, très partisan du néosalvarsan, bactéricide puissant, agissant rapidement sur les accidents aigus, employé en séries comme dans le traitement de la syphilis acquise, exception faite pour les cas où ce médicament est contre-indiqué et doit être remplacé par le mercure, ou par le mercure ou l'iodure associés.

Quoiqu'il en soit, appliqué de façon précoce, le traitement médical aura les plus heureux résultats. Son

efficacité sera d'autant plus grande qu'il sera employé plus précocement ; sur les lésions osseuses âgées, définitivement constituées, son effet sera nul.

Nous avons considéré en premier lieu ce traitement médical de la syphilis osseuse, car le traitement chirurgical a des indications bien limitées.

Primitivement, même dans le cas de lésions ouvertes à l'extérieur, ses résultats sont désastreux. « Son effet est une augmentation de volume des hyperostoses trépanées et un retard considérable dans la cicatrisation des lésions superficielles ».

Mais, par suite d'un diagnostic erroné, la trépanation du foyer osseux a pu être pratiquée, et alors « on est parfois conduit à pratiquer une série de nouvelles interventions pour corriger, dans la mesure du possible, les mauvais effets de la première. C'est presque toujours dans l'espoir de découvrir un séquestre et de l'extirper qu'on intervient à nouveau sur des os déjà opérés ». (Bénazet).

CONCLUSIONS

I. — La syphilis héréditaire tardive des os longs offre parfois de grandes difficultés de diagnostic. Pour rechercher l'origine syphilitique des lésions osseuses, le médecin devra mettre en œuvre tous les procédés dont il dispose : étude des antécédents, recherche des stigmates, radiographie des os, réaction de Wassermann, traitement d'épreuve.

II. — Le diagnostic étant posé, le traitement devra être suffisamment énergique et suffisamment prolongé. Comme pour la syphilis acquise; la stérilisation complète du malade, contrôlée par les moyens de laboratoire, sera le but du praticien.

III. — Toute pratique chirurgicale sera bannie, à l'exclusion des rares cas où l'intervention pourrait être secondairement nécessaire (ablation de séquestres).

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 12 juin 1920
Le Recteur,
Jules COULET.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 11 juin 1920.
Pour le Doyen,
L'assesseur délégué,
FORGUE.

BIBLIOGRAPHIE

- BÉNAZET Edouard. — Syphilis héréditaire tardive des os longs chez l'enfant et chez l'adolescent. Thèse Paris 1911
- FOURNIER Alfred. — La syphilis héréditaire tardive, 1886.
- FOURNIER Edmond. — Stigmates dystrophiques de l'hérédosyphilis. Thèse Paris 1898.
- Actualités médico-chirurgicales 1909.
- GOUGEROT H. — Le traitement de la syphilis en clientèle, 1918
- JAUGEAS F. — Précis de radiodiagnostic, 1918.
- LEREDDE. — Domaine, traitement et prophylaxie de la syphilis, 1918.
- MARFAN. — Maladies des os, 1912.
- MÉNARD, LEMOINE et PÉNARD. — Gazette des Hôpitaux, 1908.
- PHILBERT. — Aspects radiographiques de syphilis héréditaire, tuberculose et ostéomyélite diaphysaires des os longs chez l'enfant. Thèse Paris 1913.
- RAVANT. — Journal médical français, 1908.
- RENAUD. — De la réactivation biologique de la réaction de Wasserman dans la syphilis héréditaire. Thèse Paris, 1912.
-

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taiera les secrets qui lui seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.
